SEÑORA PRESIDENTA.- Habiendo número, está abierta la sesión.

(Son las 13:36).

–Tenemos un asunto entrado. Los señores senadores tienen un repartido para leer sobre un informe enviado por el Colegio Médico del Uruguay, a quien le habíamos pedido su opinión respecto del tema que está a estudio.

Por otra parte, el señor senador Carámbula quería hacer un planteo.

SEÑOR CARÁMBULA.- Hemos recibido una invitación del profesor Ricardo Ehrlich de la Facultad de Ciencias y de un colectivo de docentes de primera línea de la Universidad de la República que están trabajando en la concreción de un seminario sobre bioética a realizarse a fines de noviembre. Dicho seminario que se realizará durante un par de días contará con un punteo de temas muy significativos. Le vamos a hacer llegar a la secretaría el programa.

A ese colectivo le interesa que el Parlamento –el pedido llegó a la Comisión de Educación y Cultura, pero en ese ámbito entendimos que también correspondía a la de Salud Pública–, a través de la Comisión de Salud Pública y de la Comisión de Educación y Cultura, participe de una jornada a realizarse en el Parlamento, a fin de intercambiar ideas entre los participantes del seminario y los parlamentarios. El programa ya fue repartido entre los integrantes de la Comisión de Educación y Cultura y pedimos que lo hicieran llegar a la secretaría de esta comisión.

Si bien sé que vamos a ingresar a considerar la Rendición de Cuentas, me parece que sería bueno que ambas comisiones recibiéramos en algún momento al colectivo que está organizando este seminario –hoy haremos lo mismo con las autoridades del mutualismo– para que nos trasmitan cuál sería el rol del Parlamento en esta circunstancia.

SEÑORA PRESIDENTA.- Podríamos recibir una delegación en el mes de setiembre y para ello le vamos a solicitar al señor senador Carámbula que haga llegar, por secretaría, un listado con las personas a quienes estaríamos convocando. Además, le haríamos llegar la invitación a los integrantes de la Comisión de Educación y Cultura para que participen de esa reunión.

Si están de acuerdo, así se procedería.

(Apoyados).

SEÑOR CARÁMBULA.- Por secretaría se podría repartir el material que nos llegó a la Comisión de Educación y Cultura.

SEÑORA PRESIDENTA.- A continuación, proseguiríamos con la discusión del proyecto de ley sobre salud mental del que ya se había aprobado hasta el artículo 14 inclusive.

Léase el artículo 15.

(Se lee).

«CAPÍTULO V

ABORDAJE

Artículo 15.- (Integralidad de las prestaciones). Las prestaciones de salud mental que apruebe el Ministerio de Salud Pública formarán parte de los programas integrales de salud para su aplicación

en el Sistema Nacional Integrado de Salud.»

–En consideración.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar.

(Se vota).

–6 en 6. **Afirmativa**. UNANIMIDAD.

Léase el artículo 16.

(Se lee).

«Artículo 16.- (Niveles de atención). La atención en salud mental se organizará por niveles de complejidad, tendrá como estrategia la atención primaria en salud y priorizará el primer nivel de atención.

El Ministerio de Salud Pública establecerá y asegurará los mecanismos de referencia y contrarreferencia entre los distintos niveles de atención, garantizando la integralidad y continuidad del proceso asistencial a lo largo del ciclo vital de la persona.

En el proceso asistencial se integrarán los recursos comunitarios y se procurará la participación de familiares de las personas con trastorno mental».

–En consideración.

SEÑORA XAVIER.- Solicitaría que se dé lectura a la modificación que plantea la Sociedad de Psiquiatría porque creo que es bastante complementaria y sería importante incorporar dicha sugerencia.

SEÑORA PRESIDENTA.- Léase el artículo propuesto por la Sociedad de Psiquiatría.

(Se lee).

«Artículo 16 (Niveles de atención). La atención en salud mental se organizará por niveles de complejidad, tendrá como estrategia la atención primaria en salud y priorizará el primer nivel de atención.

El Ministerio de Salud Pública definirá los tipos de dispositivos que deben conformar la red de servicios, establecerá las competencias de cada uno de ellos y asegurará los mecanismos de referencia y contrarreferencia entre los distintos niveles de atención, garantizando la integralidad y continuidad del proceso asistencial a lo largo del ciclo vital de la persona.

En el proceso asistencial se integrarán los recursos comunitarios y se procurará la participación de familiares de las personas con trastorno mental».

–Está mejor redactado de esta manera.

SEÑOR AGAZZI.- Lo que agrega la Sociedad de Psiquiatría, que no estaba en el proyecto original, son los tipos de dispositivos que conforman la red y las competencias de cada uno de ellos. No sé si en la ley se habló de los dispositivos. El concepto de dispositivo en este tipo de tratamientos es algo que está aceptado e incorporado. Recuerdo que en la regulación del tratamiento de las personas afectadas

por el consumo problemático de drogas también las instituciones se llaman dispositivos, de los cuales hay distintos tipos, desde los iniciales hasta los tratamientos más detallados. Es coherente la utilización del concepto de dispositivo porque es más global y conceptualmente es más claro que el utilizar «establecimiento». Entonces, que se ponga qué dispositivos habrá y qué es lo que tiene que hacer cada uno me parece que es correcto.

SEÑORA PRESIDENTA.- En los otros artículos también se hace referencia a los dispositivos, o sea que vamos a mantener la coherencia en este sentido.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar el artículo 16 con la redacción propuesta por la Sociedad de Psiquiatría.

(Se vota).

–6 en 6. **Afirmativa**. UNANIMIDAD.

Léase el artículo 17.

(Se lee).

«Artículo 17.- (Ámbito de atención). El proceso de atención debe realizarse preferentemente en el ámbito comunitario, en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial y estará orientado a la promoción, reforzamiento y restitución de los lazos sociales».

Léase el artículo con las modificaciones propuestas por la Sociedad de Psiquiatría.

(Se lee).

«Artículo 17 (Ámbito de atención). El proceso de atención debe realizarse preferentemente en el ámbito comunitario, coordinando desde ese ámbito hacia los niveles de mayor complejidad cuando sea necesario. Esta atención se realizará en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial y estará orientado a la promoción, reforzamiento y restitución de los lazos sociales».

–En consideración.

Si me permiten, creo que debería hacerse la siguiente corrección: «en el ámbito comunitario en coordinación desde ese ámbito».

(Apoyados).

–Si no se hace uso de la palabra, se va a votar.

(Se vota).

–6 en 6. **Afirmativa.** UNANIMIDAD.

Léase el artículo 18.

(Se lee).

«Artículo 18 (Redes territoriales). Se fomentará el establecimiento de redes territoriales de atención, las que a su vez podrán articular su labor en cada zona con otros recursos existentes que puedan aportar a la promoción y prevención en salud mental».

–En consideración.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar.

(Se vota).

–6 en 6. **Afirmativa.** UNANIMIDAD.

Léase el artículo 19.

(Se lee).

«Artículo 19 (Equipos interdisciplinarios).- Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de equipos interdisciplinarios, integrados por profesionales, técnicos y otros trabajadores de la salud con competencia en la materia, de acuerdo a lo que establezca la reglamentación.

Los equipos básicos del primer nivel de atención constituirán el primer contacto y serán referentes permanentes del proceso asistencial».

–En consideración.

SEÑOR AGAZZI.- En lugar de «Debe promoverse», tendría que decir: «Lo que promueve». Daría la impresión de que estuviera recomendando en lugar de decidiendo; la ley decide.

(Se suspende momentáneamente la toma de la versión taquigráfica).

SEÑORA PRESIDENTA.- Léase el artículo 19, tal como quedaría redactado. La señora senadora Xavier tenía la propuesta más clara.

SEÑORA XAVIER.- El texto quedaría así: «Artículo 19.- La atención en salud mental deberá estar a cargo de equipos interdisciplinarios, en todos los niveles de atención, integrados por profesionales, técnicos y otros trabajadores de la salud con competencia en la materia. En caso de que no se cuente con los recursos humanos suficientes para dar cumplimiento a esta disposición, aplicará lo establecido en la reglamentación de la presente ley.

Los equipos básicos del primer nivel de atención constituirán el primer contacto y serán referentes permanentes del proceso asistencial…». Me parece que si son referentes, son permanentes; es algo que queda ínsito.

SEÑOR GARCÍA.- En esta redacción, cuando se dice «en todos los niveles de atención», ya se define que ese primer de atención también deberá ser multidisciplinario, lo que choca con la realidad porque a veces no hay siquiera médicos, ya no psiquiatras.

Fíjense que el artículo comienza diciendo: «La atención en salud mental deberá estar a cargo de equipos interdisciplinarios, en todos los niveles de atención». Esto es imposible.

(Dialogados).

SEÑORA XAVIER.- Esto no puede ser, así que deberíamos quitar la expresión «en todos los niveles de atención». Tal vez la redacción podría empezar de la siguiente manera: «La atención en salud mental deberá estar a cargo de equipos interdisciplinarios integrados por profesionales, técnicos y otros trabajadores de la salud con competencia en la materia». Creo que en este aspecto estamos todos de acuerdo.

A continuación habría que poner la excepción: «En caso de que no se cuente con los recursos humanos suficientes para dar cumplimiento a esta disposición, aplicará lo establecido en la reglamentación de la presente ley». Me parece que está bien que quede este texto.

SEÑOR CARÁMBULA.- Tengo algunas dudas porque si generalizamos y decimos «En caso de que no se cuente con los recursos humanos suficientes», de alguna manera, estamos abriendo una puerta muy grande para que no se integre el equipo interdisciplinario. Es cierto que hay localidades –sobre todo en el interior del país, pero también en algunos barrios de Montevideo– en las que es muy difícil armar un equipo interdisciplinario, pero si se abre demasiado la puerta, se puede eximir de la formación del equipo en lugares en los que sí se puede. Es decir que tengo mis dudas respecto a si no estamos abriendo un resquicio demasiado grande.

Además, creo que en todos los niveles de atención puede haber un equipo multidisciplinario, porque no necesariamente tiene que estar integrado con médicos. Puede integrarlo la enfermera o el agente comunitario del lugar que esté trabajando en esto.

Por tanto, me gustaría pensar un poco más este artículo. Todos estamos de acuerdo, pero no podemos dar demasiada flexibilidad a la ley como para que no se aborde de esta manera, es decir que no obligue a lo que no se puede hacer.

SEÑORA PRESIDENTA.- Lo de las localidades fue planteado por el Vilardevoz. Si quieren podemos postergar este artículo, pero a mi criterio el que estaba más claro era el de la Sociedad de Psiquiatría que, si bien contemplaba los dos, aseguraba lo que dice el señor senador Carámbula.

SEÑOR CARÁMBULA.- Yo no tengo inconvenientes.

Para ir adelantando, estamos de acuerdo en los dos puntos que agrega la Sociedad de Psiquiatría. En lo que respecta a que la primera fase de la atención de salud mental deberá estar a cargo de equipos interdisciplinarios también estamos de acuerdo. Lo mismo sucede con la parte que dice que deberá estar integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores de la salud con competencia en la materia.

Entonces, nos queda definir lo relativo a todos los niveles de atención. Me parece que incluir que sea en todos los niveles de atención es una afirmación del concepto multidisciplinario en todos los niveles, y la ley debe hacer eso.

A su vez, seguiremos analizando el tema que decía la señora senadora Xavier en cuanto a los casos en que no se cuente con los recursos humanos suficientes.

Yo no rebajaría ese primer concepto de que tiene que ser en todos los niveles de atención. Reitero que el equipo no tiene por qué estar integrado con médicos; debe ser un abordaje integral. Además, por ejemplo, Carmelo puede ser centro de referencia en un primer nivel de atención para Conchillas, etcétera, integrando recursos. Pero el concepto debe ser que sea interdisciplinario.

SEÑOR GARCÍA.- Muchas veces se escribe una norma y todos quedamos encantados con el progreso, pero es inaplicable. Pivel Devoto hablaba de *progreso manuscrito*. Entonces, una cosa es una cláusula programática, en la que se establece lo que debe promoverse, aquello a lo que uno debe tender, y otra cosa es crear algo que en definitiva es inaplicable. Estamos en un primer paso, pero no podemos plantearnos algo para lo que no tenemos los recursos, es decir, todo equipo interdisciplinario en materia de salud mental requiere un abordaje profesional. Y si no hay profesionales, entra en juego la razón del artillero: no disparamos porque no hay pólvora. Si no hay profesionales no se puede formar un equipo multidisciplinario, por más que haya gente con muy buena voluntad y algunos técnicos que puedan ayudar. Vuelvo a decir que en muchos lugares no estamos hablando de que no haya especialistas; no hay un médico en 150 o 200 kilómetros a la redonda. Esa es la realidad del Uruguay.

SEÑOR CARÁMBULA.- Creo que cuando nos referimos a todos los niveles de atención, hablamos de atención hospitalaria, atención intermedia y primer nivel de atención, es decir, atención primaria. No estamos hablando geográficamente; estamos hablando del concepto. En el primer nivel de atención, a mi entender, debe haber equipos multidisciplinarios que atiendan la salud mental. Esto no quiere decir que en la localidad en sí misma esté todo, pero sí que haya una referencia en el primer nivel de atención –que es un criterio más que nada asistencial, preventivo y de promoción– con una visión de equipo interdisciplinario. Creo que la ley debe marcar eso: que en el primer nivel de atención debe haber una concepción multidisciplinaria.

SEÑOR GARCÍA.- Me parece que si es primer nivel de atención, es comunitario; no es extracomunitario. Entonces, tiene que ser en la comunidad donde la persona está viviendo. Si se traslada, ya no es comunitario. Es decir, allí importa mucho el concepto geográfico. Al primer nivel de atención es adonde la persona recurre como primera instancia y en muchas realidades no es que no haya equipo, sino que no hay médicos. Por eso, me inclino por incluir una cláusula programática, que se podrá aplicar en la mayoría de los lugares donde hay posibilidades pero no en lugares donde la realidad es bien distinta y no hay profesionales. No podemos obligar a lo que no existe.

SEÑOR AGAZZI.- En realidad, no hay discrepancias de fondo. Por mi parte sugiero la siguiente redacción: «La atención en salud mental estará a cargo de equipos interdisciplinarios, en todos los niveles de atención, integrados por profesionales, técnicos y otros trabajadores de salud con competencia en la materia. Cuando ello no sea posible porque no se cuente con los recursos humanos suficientes para dar cumplimiento a esta disposición, se aplicará lo establecido en la reglamentación de la presente ley». Es decir que esto se aplicaría no cuando alguien decida no integrar estos equipos, sino cuando no sea posible porque no se cuenta con la gente. Y después el artículo seguiría como hasta ahora: «Los equipos básicos del primer nivel de atención», etcétera.

SEÑOR GARCÍA.- El tema es que la reglamentación no depende de nosotros. Por tanto, comparto la redacción si se especifica más el tema de la reglamentación. Por ejemplo, podría decir: «La reglamentación establecerá» y luego se pone a texto expreso que se dará la atención dispuesta por el profesional que haya. No dejaría a la reglamentación decidir qué pasa cuando no existe esto. Es la ley la que debe decir algo y, después, la reglamentación establece la letra chica.

SEÑORA PRESIDENTA.- Lo podríamos dejar en suspenso para ver si podemos ajustar las propuestas de Agazzi y Carámbula teniendo en cuenta, además, lo expresado por el señor senador García.

SEÑOR CARÁMBULA.- Solicito al señor senador Agazzi que reitere su propuesta de redacción.

SEÑOR AGAZZI.- Dice así: «La atención en salud mental estará a cargo de equipos interdisciplinarios, en todos los niveles de atención, integrados por profesionales, técnicos y otros trabajadores de la salud con competencia en la materia. Cuando ello no sea posible porque no se cuente con los recursos humanos suficientes para dar cumplimiento a esta disposición, aplicará lo establecido en el reglamento de la presente ley». Lo que decía el senador García es que en vez de dejarlo en manos de la reglamentación, la ley debería decir qué hacer cuando no se cuente con los recursos humanos suficientes.

SEÑOR GARCÍA.- Voy a poner un ejemplo. ¿Qué pasaría si la reglamentación llegara a decir que en ese caso el paciente deberá ser trasladado al lugar donde existan los equipos? Es un absurdo. Por eso es que digo que hay que establecerlo aquí.

SEÑORA XAVIER.- Entonces, deberíamos pensar la redacción de este artículo en función de los otros artículos que ya votamos y la propuesta realizada.

SEÑORA PRESIDENTA.- Si los señores senadores están de acuerdo, desglosamos el artículo 19 y en la próxima sesión venimos con una propuesta de redacción en base a los aportes realizados.

Léase el artículo 20.

(Se lee).

«Artículo 20.- (Salud y capacitación de recursos humanos). Los trabajadores que integren los equipos asistenciales de salud mental accederán a la protección específica de su propia salud. Se promoverá su capacitación permanente, integrando los distintos saberes que atraviesan el campo de la salud mental, para lo cual se desarrollarán políticas específicas».

–En consideración.

SEÑOR GARCÍA.- Comprendo y comparto el artículo. Es obvio que deben tener asistencia, pero el verbo «accederán» me hace ruido.

SEÑORA PRESIDENTA.- Quizás podría decir «tendrán derecho».

SEÑOR GARCÍA.- En realidad, el sistema de salud les da el derecho. Podría decir algo del estilo de: «Se garantizará que los trabajadores que integran los equipos asistenciales de salud mental tengan la protección específica de su propia salud». En ese caso, habría que buscar algún término para no repetir el vocablo «salud» dos veces.

SEÑOR AGAZZI.- Por mi parte, no me gusta la expresión «atraviesan» cuando dice «los distintos saberes que atraviesan el campo de la salud mental». ¿Qué es atravesar el campo de la salud mental? Debería decir: «los distintos saberes que integran el campo de la salud mental».

SEÑORA PRESIDENTA.- Léase el artículo nuevamente con los dos agregados propuestos.

(Se lee).

«Artículo 20.- (Salud y capacitación de recursos humanos). Se garantizará que los trabajadores que integren los equipos asistenciales de salud mental tengan la protección específica de su propia salud. Se promoverá su capacitación permanente, integrando los distintos saberes que componen el campo de la salud mental, para lo cual se desarrollarán políticas específicas».

–En consideración.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar.

(Se vota).

–7 en 7. **Afirmativa.** UNANIMIDAD.

Léase el artículo 21.

(Se lee).

«Artículo 21.- (Rehabilitación). Las acciones de rehabilitación estarán orientadas al logro de una mejor calidad de vida. Deberán ser accesibles, estar adaptadas a las diferentes etapas y necesidades de la persona con trastorno mental y tenderán a mejorar su autonomía y favorecer su inclusión social, laboral y cultural».

–La Sociedad de Psiquiatría hizo algunas modificaciones.

Léase el artículo 21 con la redacción propuesta por la Sociedad de Psiquiatría.

(Se lee).

«Artículo 21.- (Rehabilitación).- Las estrategias y programas de rehabilitación estarán orientadas al logro de una mejor calidad de vida. Deberán ser accesibles, estar adaptadas a las diferentes etapas y necesidades de la persona con trastorno mental y tenderán a mejorar su autonomía y favorecer su inclusión educativa, social, laboral y cultural a lo largo del ciclo vital».

–En consideración.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar el artículo 21 con la redacción propuesta por la Sociedad de Psiquiatría.

(Se vota).

–7 en 7. **Afirmativa.** UNANIMIDAD.

Léase el artículo 22.

(Se lee).

«Artículo 22.- (Residencias asistidas). Se establecerán programas de residencias asistidas para personas con trastornos mentales severos y persistentes, que tiendan al mejoramiento de su calidad de vida e integración social, con diversos niveles según la autonomía progresiva de la persona».

–En consideración.

SEÑOR GARCÍA.- Creo que aquí falta la definición de qué se entiende por residencias asistidas. El artículo dice: «Se establecerán programas de residencias asistidas para personas con trastornos mentales severos y persistentes…» pero no se aclara qué se entiende por este tipo de residencias.

SEÑOR CARÁMBULA.- Creo que lo define mejor la redacción que propone la Sociedad de Psiquiatría.

SEÑORA PRESIDENTA.- Léase el artículo 22 con la redacción propuesta por la Sociedad de Psiquiatría.

(Se lee).

«Artículo 22.- (Residencias asistidas). Se establecerán programas de dispositivos residenciales con apoyo para personas con trastornos mentales severos y persistentes, que tiendan al mejoramiento de su calidad de vida e integración social, adecuando el tipo de dispositivos a la adquisición progresiva de niveles de autonomía de la persona, asegurando el tránsito de lo sanitario a lo social».

SEÑOR GARCÍA.- Independientemente de todas las palabras difíciles cuando en estos textos se habla de residencias asistidas, ¿refiere a lo que comúnmente, hasta el día de hoy, se entiende como clínicas de atención de pacientes psiquiátricos?

SEÑOR CARÁMBULA.- Creo que este es un concepto más amplio porque refiere también a los hogares de medio camino, como forma de integrarlos a la comunidad.

Creo que la definición de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay se acerca mucho al concepto que uno tiene de residencia con apoyo. Como dice el texto, se busca integrar progresivamente la

persona a la comunidad, «asegurando el tránsito de lo sanitario a lo social». Es decir que es más abarcativo que el concepto que tenemos de residencias actuales de pacientes siquiátricos.

SEÑOR GARCÍA.- Está bien, estamos hablando de eso.

SEÑORA XAVIER.- Creo que lo que debemos cambiar es el *nomen iuris* para que concuerde con el dispositivo residencial con apoyo porque el original estaba basado en las residencias asistidas y correspondía la identificación del *nomen iuris* con el texto. Me parece que en función de que hemos adoptado el criterio más amplio, que es el de los dispositivos residenciales con apoyo –que creo que puede traer variedad de número, incluso, o de tipos de apoyo–, corresponde que el *nomen iuris* concuerde.

SEÑORA PRESIDENTA.- Hay acuerdo con ese cambio y propondría uno más respecto a donde dice «trastornos mentales severos y persistentes». Si nos remitimos a los primeros artículos, allí justamente hablábamos de que no era algo permanente, que existe la posibilidad de que la situación cambie, por lo que propongo eliminar la expresión «y persistentes» y dejar solo «trastornos mentales severos». Quiere decir que, en base al texto de la Sociedad de Psiquiatría, cambiaríamos el acápite, que sería «Dispositivos residenciales con apoyo» y el texto diría: «Se establecerán programas de dispositivos residenciales con apoyo para personas con trastornos mentales severos, que tiendan al mejoramiento de su calidad de vida», etcétera. Es decir, repito, que eliminaríamos la expresión «y persistentes».

SEÑOR CARÁMBULA.- Lamento no acordar porque puede haber trastornos mentales severos agudos que no merezcan internación en estos lugares y que son reversibles. Creo que el concepto es, justamente, «trastornos severos y persistentes» por los cuales se plantea el ingreso a una residencia con dispositivos asistidos.

SEÑORA PRESIDENTA.- No imaginaba eso en estos dispositivos.

SEÑOR CARÁMBULA.- Es que justamente estamos hablando de trastornos mentales severos y persistentes. Si son agudos y reversibles, revierten en el Hospital Maciel.

SEÑORA PRESIDENTA.- Pero no aquí.

SEÑOR CARÁMBULA.- Está bien pero, ¿por qué se va a un dispositivo residencial con apoyo? Porque el trastorno mental es severo y persiste.

SEÑORA PRESIDENTA.- No tenía al tema en ese concepto.

(Dialogados).

–Si no se hace uso de la palabra, se va a votar el artículo 22 con las modificaciones propuestas.

(Se vota).

–7 en 7. **Afirmativa.** UNANIMIDAD.

Léase el artículo 23.

(Se lee).

«Artículo 23.- (Consentimiento informado). Se requerirá el consentimiento informado de la persona para todo tipo de intervenciones, el que deberá ser obtenido de conformidad y con las

garantías y excepciones dispuestas por el artículo 11 de la Ley Nº 18.335, de 15 de agosto de 2008, la presente ley y demás normativa aplicable.

Es obligación de los profesionales intervinientes brindar información sobre la naturaleza del trastorno mental, diagnóstico y tratamiento propuesto, beneficios esperados y posibles riesgos de este, eventualidad de hospitalización, condiciones y finalidad de la misma.

La información deberá ser suficiente, continua y en lenguaje comprensible para la persona, teniendo en cuenta su singularidad biopsicosocial y cultural. Las personas con discapacidad tienen derecho a recibir la información a través de los medios y tecnologías adecuadas para su comprensión.

El consentimiento informado se hará constar en la historia clínica, al igual que la ausencia de él en los casos en que lo autorice la normativa aplicable».

–En consideración.

SEÑOR GARCÍA.- La iniciativa propuesta por el Poder Ejecutivo tiene cuatro párrafos. Coincido totalmente con el primero, pero creo que el segundo, el tercero y el cuarto reitera –estoy haciendo memoria en lo relativo a medicina legal– el concepto que está hasta con la misma redacción en las leyes que cita, por lo que no habría que repetir el texto.

Por otra parte, entiendo que hay que agregar lo que establece la Sociedad de Psiquiatría respecto a los niños.

(Se suspende la toma de la toma de la versión taquigráfica)

SEÑORA PRESIDENTA.- Resolvemos postergar la discusión del artículo 23, hacer una consulta a la Cátedra de Medicina Legal –de acuerdo con la propuesta del señor senador García– y mejorar la técnica legislativa. En base a esos dos datos haremos una propuesta con secretaría integrando –porque creo que hay voluntad– el caso de los niños, niñas y adolescentes de la propuesta realizada por la Sociedad de Psiquiatría.

Léase el artículo 24.

(Se lee).

«Artículo 24.- (Hospitalización). La hospitalización es considerada un recurso terapéutico de carácter restrictivo, deberá llevarse a cabo sólo cuando aporte mayores beneficios que el resto de las intervenciones realizables en el entorno familiar, comunitario y/ o social de la persona y será lo más breve posible.

Se fundará exclusivamente en criterios terapéuticos interdisciplinarios reservándose especialmente para situaciones agudas y procurando que se realice en hospital o sanatorio general.

En ningún caso la hospitalización será indicada o prolongada para resolver problemas sociales o de vivienda.

Durante la hospitalización, se promoverá el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas hospitalizadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en aquellos casos en que el equipo de salud interviniente lo deniegue por razones terapéuticas debidamente fundadas».

–El proyecto de la Sociedad de Psiquiatría agrega elementos que no tiene el del Poder Ejecutivo y mejora la redacción, consulto a los señores senadores si están de acuerdo en que se lea.

(Apoyados).

Léase.

(Se lee).

«ARTÍCULO 24.- (Hospitalización). La hospitalización es considerada un recurso terapéutico de carácter restrictivo, deberá llevarse a cabo solo cuando aporte mayores beneficios que el resto de las intervenciones realizables en el entorno familiar, comunitario y social de la persona y será lo más breve posible.

Se fundará exclusivamente en criterios terapéuticos con fundamentos técnicos reservándose especialmente para situaciones agudas y procurando que se realice en unidades especializadas en psiquiatría ubicadas en hospital o sanatorio general y en el caso de niñas, niños y adolescentes en hospital pediátrico o en áreas de internación pediátrica en hospitales generales.

En ningún caso la hospitalización será indicada o prolongada para resolver problemas sociales o de vivienda.

Durante la hospitalización, se promoverá el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas hospitalizadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en aquellos casos en que el equipo de salud interviniente lo deniegue por razones terapéuticas debidamente fundadas».

–Se han presentado varias modificaciones para este artículo. Por lo tanto, vamos a dar lectura al mismo con las correcciones propuestas.

Léase.

(Se lee).

«ARTÍCULO 24.- (Hospitalización). La hospitalización es considerada un recurso terapéutico de carácter restringido, deberá llevarse a cabo solo cuando aporte mayores beneficios que el resto de las intervenciones realizables en el entorno familiar, comunitario y social de la persona y será lo más breve posible.

Se fundará exclusivamente en criterios terapéuticos con fundamentos técnicos, reservándose especialmente para situaciones agudas y procurando que se realice en unidades especializadas en psiquiatría ubicadas en hospital o sanatorio general y en el caso de niñas, niños y adolescentes en hospital pediátrico o en áreas de internación pediátrica en hospitales generales.

En ningún caso la hospitalización será indicada o prolongada para resolver problemas sociales o de vivienda.

Durante la hospitalización, se promoverá el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas hospitalizadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en aquellos casos en que el equipo de salud interviniente lo deniegue por razones terapéuticas debidamente fundadas».

–En consideración.

Se va a votar el artículo 24 con las modificaciones propuestas.

(Se vota).

–6 en 6. **Afirmativa.** UNANIMIDAD.

Léase el artículo 25.

(Se lee).

«Artículo 25.- (Extensión de la cobertura). La hospitalización no estará sujeta a límites temporales de cobertura, cualquiera que sea la edad de la persona usuaria.

El Poder Ejecutivo establecerá los plazos para su implementación en el Sistema Nacional Integrado de Salud pudiendo prever una instrumentación gradual de lo dispuesto precedentemente».

–En consideración.

Léase el artículo con las modificaciones propuestas por la Sociedad de Psiquiatría.

(Se lee).

«Artículo 25.- (Extensión de la cobertura). La hospitalización no estará sujeta a límites temporales de cobertura, cualquiera que sea la edad de la persona usuaria, rigiendo la presente disposición a partir de la entrada en vigencia de esta ley».

–En consideración.

SEÑORA XAVIER.- Se podría eliminar el queísmo y expresar: «cualquiera sea la edad de la persona usuaria».

SEÑOR CARÁMBULA.- Este es otro de los artículos claves del proyecto de ley y, en lo personal, me inclino por la propuesta de la Sociedad de Psiquiatría. Si generamos plazos, todos sabemos lo que sucede después con la reglamentación y todo lo demás. Creo que la fuerza de esta ley tiene que estar ya a partir de su entrada en vigencia. Me refiero al hecho de que no hay límites, porque es uno de los grandes problemas que tenemos hoy en día. En ese sentido, creo que el texto de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay lo define bien y me inclino a optar por él.

SEÑOR GARCÍA.- Comparto que no es muy comprensible la dualidad de que haya tiempos de internación diferentes de acuerdo con la patología y sé los problemas que ello va a acarrear.

SEÑORA PRESIDENTA.- El artículo 25 sobre extensión de la cobertura queda postergado para hacer consultas a la autoridad sanitaria.

Léase el artículo 26 propuesto por el Poder Ejecutivo.

(Se lee).

«Artículo 26.- (Modalidades de hospitalización): Se implementarán diversas modalidades de hospitalización, según las necesidades de la persona con trastorno mental y las posibilidades de la familia y allegados, tales como: hospitalización a tiempo completo, hospitalización parcial diurna o nocturna, hospitalización domiciliaria».

–En consideración.

Léase el artículo propuesto por la Sociedad de Psiquiatría.

(Se lee).

«Artículo 26.- (Modalidades de hospitalización): Se implementarán diversas modalidades de hospitalización, según las necesidades de la persona con trastorno mental y las posibilidades de la familia y allegados, tales como: hospitalización a tiempo completo, hospitalización parcial diurna o nocturna, hospitalización domiciliaria, para lo cual se dispondrá la creación de dispositivos y normativas necesarias».

Se va a votar el artículo 26 propuesto por el Poder Ejecutivo.

(Se vota).

–6 en 6. **Afirmativa.** UNANIMIDAD.

Léase el artículo 27.

(Se lee).

«Artículo 27.- (Requisitos previos): Toda indicación de hospitalización deberá cumplir con los siguientes requisitos:

a) Evaluación, diagnóstico y motivos que la justifican, con la firma de un profesional médico.

b) Obtención del consentimiento informado de la persona o del representante legal cuando corresponda, tramitado según lo dispuesto en el artículo 23 de la presente ley».

–En consideración.

Es el que dejamos pendiente.

Se va a votar.

(Se vota).

–6 en 6. **Afirmativa**. UNANIMIDAD.

Léase el artículo 28.

(Se lee).

«Artículo 28.- (Hospitalización voluntaria): Cuando profesionalmente se determine la conveniencia de tratar a la persona con trastorno mental a través de hospitalización, se alentará su ingreso voluntario, brindándole oportunidad de elección entre posibles alternativas.

La persona hospitalizada voluntariamente podrá, en cualquier momento, decidir por sí misma el abandono de la hospitalización.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso anterior, al momento de gestionar el consentimiento informado para la hospitalización, se le debe hacer saber a la persona que los profesionales intervinientes podrán impedir su externación si se dieran las condiciones para una hospitalización involuntaria que se establecen en el artículo 30 de la presente ley».

–En consideración.

Léanse nuevamente los dos primeros incisos del artículo 28, que son los que vamos a votar ahora; el último lo dejamos en suspenso.

(Se lee).

«Artículo 28.- (Hospitalización voluntaria). Cuando profesionalmente se determine la conveniencia de tratar a la persona con trastorno mental a través de hospitalización, se alentará su ingreso voluntario, brindándole oportunidad de elección entre posibles alternativas.

La persona hospitalizada voluntariamente podrá, en cualquier momento, decidir por sí misma el abandono de la hospitalización».

–Se va a votar.

(Se vota).

–6 en 6. **Afirmativa.** UNANIMIDAD.

Léase el artículo 29.

(Se lee).

«Artículo 29.- (Deber de notificación). El Director Técnico del prestador de salud a cargo deberá comunicar a la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental las hospitalizaciones voluntarias que se prolonguen por más de 45 (cuarenta y cinco) días corridos, dentro de las 72 (setenta y dos) horas de vencido dicho plazo».

–En consideración.

Se va a votar.

(Se vota).

–6 en 6. **Afirmativa.** UNANIMIDAD.

Léase el artículo 30.

«Artículo 30.- (Hospitalización involuntaria). La persona sólo podrá ser hospitalizada involuntariamente o retenida en un prestador en el que ya hubiera sido admitida como usuaria voluntaria, cuando:

Por un trastorno mental presente, exista riesgo grave de daño inmediato o inminente para la persona o para terceros.

Cuando el trastorno mental sea severo, esté afectada su capacidad de juicio, y el hecho de no hospitalizarla pueda llevar a un deterioro considerable de su condición o impedir que se le proporcione un tratamiento adecuado que sólo pueda aplicarse mediante la hospitalización».

–En consideración.

Se va a votar el artículo 30 con el texto enviado por el Poder Ejecutivo, al que se elimina la palabra «Cuando» al inicio del literal b).

(Se vota).

–6 en 6. **Afirmativa.** UNANIMIDAD.

Pasaríamos a votar el inciso tercero del artículo 28.

(Se vota).

–6 en 6. **Afirmativa.** UNANIMIDAD.

Léase el artículo 31.

(Se lee).

«Artículo 31.- (Formalidades para hospitalización involuntaria). La hospitalización involuntaria de una persona con trastorno mental sólo podrá tener fines terapéuticos y se ajustará a las siguientes formalidades:

a) Declaración firmada por el familiar más cercano, allegado o representante legal si lo hubiera, solicitando su hospitalización y expresando su conformidad con la misma.

Si no hubiera familiar, allegado ni representante legal, o habiéndolos se negaran a consentir la hospitalización y se dieran los supuestos del artículo 30 de la presente ley, se podrá realizar cumpliendo únicamente con el dictamen profesional a que refiere el inciso siguiente del presente artículo;

b) Dictamen profesional del servicio de salud que realice la hospitalización, determinando la existencia de los supuestos establecidos en el artículo 30 de la presente ley, firmado por dos profesionales médicos que no tengan relación de parentesco, amistad o vínculos económicos con la persona, uno de los cuales deberá ser especialista en psiquiatría. En el abordaje terapéutico posterior deberá intervenir un equipo interdisciplinario;

c) Informe sobre las instancias previas implementadas, si las hubiere».

–En consideración.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar.

(Se vota).

–6 en 6. **Afirmativa.** UNANIMIDAD.